

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 146

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES GLANDULAIRES DE LA PROSTATE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 3 Juillet 1922

PAR

Gabriel - Jean - Baptiste - Alexandre - Louis RIBES

Né à Guchen (Hautes-Pyrénées), le 29 Octobre 1887

Examineurs de la Thèse	{	MM. DENUCÉ, professeur.....	Président.
		SABRAZÈS, professeur.....	Juges.
		DUPERIÉ, agrégé.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 146

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES GLANDULAIRES
DE LA PROSTATE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 3 Juillet 1922

PAR

Gabriel - Jean - Baptiste - Alexandre - Louis RIBES

Né à Guchen (Hautes-Pyrénées), le 29 Octobre 1887

Examineurs de la Thèse	{	MM. DENUCÉ, professeur.....	Président.
		SABRAZÈS, professeur.....	Juges.
		DUPÉRIÉ, agrégé.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.
Clinique externe.....	CASSAET.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.
Clinique d'accouchements.....	VILLAR.
Anatomie Pathologique et microscopie clinique.....	CRUCHET.
Anatomie.....	RIVIERE.
Medecine générale et histologie.....	SABRAZES.
Physiologie.....	PICQUE.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.
Medecine légale et déontologie.....	PACHON.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.....	AUCHE.
Chimie.....	VERGER.
Botanique et matière médicale.....	BERGONIE.
Pharmacie.....	CHELLE.
Zoologie et parasitologie.....	BEILLE.
	DUPOUY.
	MANDOUL.
	Medecine expérimentale... FERRÉ.
	Clinique ophtalmologique... LAGRANGE.
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... DENUCE.
	Clinique gynécologique... BEGOUIN.
	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS.
	Chimie biologique et médicale..... DENIGÈS.
	Physique pharmaceutique... SIGALAS.
	Medecine coloniale et clinique des maladies exotiques..... LE DANTEC.
	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... W. DUBREUILH.
	Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON.
	Clinique des maladies nerveuses et mentales..... ABADIE.
	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie..... MOURE.
	Toxicologie et hygiène appliquée..... BARTHE.

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	N....
Histologie.....	N....
Physiologie.....	LACOSTE (chargé).
Anatomie pathologique.....	DELAUNAY.
Parasitologie et Sciences naturelles.....	MURATET.
Physique biologique et médicale.....	R. SIGALAS (chargé)
Chimie biologique et médicale.....	N....
Medecine générale.....	RÉCHOU.
	N....
	PETGES.
	CARLES (J.).
	MAURIAC.
	Medecine générale.....
	Maladies mentales.....
	Medecine légale.....
	Chirurgie générale.....
	Obstétrique.....
	Ophtalmologie.....
	Pharmacie.....
	LEURET.
	DUPERIE.
	CREYX.
	MICHELEAU.
	PERRENS.
	LANDE.
	ROCHER.
	DUVERGEY.
	PAPIN.
	PERY.
	FAUGERE.
	TEULIERES.
	N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{ne}	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

DOCTEUR EN MÉDECINE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

MÉDECIN MAJOR DE 1^{re} CLASSE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MES ONCLES

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de ma
profonde affection et de ma reconnais-
sance infinie.*

A MES SŒURS

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CHIRURGIE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de soutenir notre thèse inaugurale et de quitter la Faculté de Médecine, il nous est un devoir agréable d'adresser les remerciements les plus sincères aux Maîtres qui ont bien voulu nous faire profiter de leur précieux enseignement et de leur constante bienveillance.

MM. les Professeurs ROCHER, CASSAET; les Docteurs BOUSQUET, VERDELET guidèrent nos premiers pas; MM. les Professeurs SABRAZÈS, MOUSSOUS, PETGES, RIVIÈRE, qui tour à tour nous accueillirent dans leurs services, nous prodiguèrent sans cesse des marques de sollicitude et d'intérêt.

Nous tenons à remercier MM. les Professeurs LAGRANGE et MOURE, dont nous avons été l'élève et chez lesquels nous avons appris les notions élémentaires de leurs intéressantes spécialités.

Dans la préparation de cette thèse dont il nous a inspiré le sujet, M. le Professeur DUVERGEY nous a prêté le concours de son expérience et de ses conseils. Nous n'oublierons pas la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui.

M. le Professeur DENUCÉ nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre travail inaugural. Pendant notre passage dans son service à l'Hôpital des Enfants, nous avons pu apprécier en même temps que sa grande érudition et la haute valeur de son enseignement, sa bienveillance pour ses élèves et sa sollicitude pour ses petits malades.

Qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre vive gratitude et de notre respectueuse sympathie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE des Kystes Glandulaires de la Prostate

HISTORIQUE

Malgré leur fréquence et leur gravité, les maladies de la prostate ont attiré il y a quelques années l'attention des pathologistes. La plus grande obscurité a, en effet, régné pendant des siècles dans cette partie du cadre urologique.

Ce n'est que d'une façon laconique que les auteurs grecs, latins, arabes en parlent dans leurs traités, quelques-uns même les passent sous silence. Privés des lumières de l'anatomie pathologique, n'ayant pas la plupart du temps recours à l'inspection cadavérique, ne pouvant juger les états cliniques que par une symptomatologie vague et souvent incertaine, les anciens étaient condamnés à ne pouvoir jamais faire de découvertes importantes sur les maladies de la glande prostatique.

Il faut arriver au ^{xvii}e siècle, époque à laquelle DE GRAAF et MORGANI posèrent les bases de l'anatomie pathologique de la prostate. « Consultez, dit BÉRAUD, les écrits des chirurgiens les plus distingués du ^{xviii}e siècle et vous verrez que DESAULT et J.-L. PETIT ne parlent des maladies de la prostate qu'incidemment et à l'occasion des rétentions d'urine ». Cependant, les recherches du grand chirurgien furent le point de départ de travaux importants qui servi-

rent de prélude aux nombreuses productions auxquelles le XIX^e siècle a donné le jour. C'est lui en effet qui, le premier, parle des maladies de la prostate en vrai chirurgien; il donne dans son traité quelques observations fort intéressantes, tant au point de vue de l'évolution de la maladie qu'à celui du traitement institué.

HOME et SWEDIAUR n'ont pas davantage fait avancer nos connaissances. Si on consulte les chirurgiens du XVIII^e siècle, DESAULT, BOYER, CHOPART, AMUSSAT, on voit qu'ils ne parlent jamais de telles affections que d'une façon tout à fait accessoire à propos des rétentions d'urine. Mais, c'est surtout à partir de 1830 que les observations de LALLEMAND, le travail de VERDIER, la thèse de DUGOS, les recherches de LEROY-D'ETIOLLES ont imprimé une impulsion nouvelle à l'histoire des maladies de la prostate. Enfin, c'est avec l'article du Professeur VELPEAU, publié en 1840, que les maladies de la prostate ont pris place dans le cadre urologique.

Depuis lors, les travaux se sont multipliés; nous nous bornerons à rappeler les noms de CHASSAIGNAC, NÉLATON, BÉRAUD, CIVIALE, DEMARQUAY, au nombre de ceux qui ont contribué à compléter l'histoire des maladies de la prostate.

De nos jours, grâce à l'histologie qui a été d'un puissant secours en éclaircissant beaucoup de points douteux, et en élevant l'anatomie pathologique des maladies de la prostate à la hauteur de leurs connaissances cliniques, les chirurgiens ont eu l'attention attirée sur les affections de la glande prostatique.

Mais certains aspects de la question des maladies de la prostate n'ont pas été bien approfondis, entre autres la lésion qui fait le sujet de notre travail : les kystes glandulaires de la prostate. Cependant, MORGANI en rapporte un cas : il aurait vu sur la face antérieure de la prostate une cavité close présentant la forme et la grosseur d'un grain de raisin dont les parois présentaient une couleur analogue à

celle de la glande et était tapissée d'une membrane limitante qui paraissait bien distincte avec la couleur du reste de la glande.

DOLBEAU est parvenu, chez un vieillard, à disséquer deux kystes sur la prostate, kystes du volume d'un pois situés de chaque côté du « *veru montanum* » ; ils contenaient un liquide blanchâtre dont l'analyse n'a pu être faite.

ABBE, après avoir pratiqué une taille hypogastrique, enleva un kyste de la prostate. KORNFELD, en comprimant une saillie qu'il croyait être une hypertrophie de la glande, fit écouler un liquide séreux blanchâtre. Seul BURCKHARDT fit, chez le vivant, le diagnostic grâce à la cystoscopie. THOMPSON, dans son traité, ne parle des kystes de la prostate que pour en nier leur existence : « en effet, dit-il, on voit dans la prostate de petites cavités que l'on appelle kystes, surtout chez les gens âgés. Si par le terme de kyste on entend désigner un corps cellulaire à parois minces, contenant un liquide ou un élément de nouvelle formation et non une simple dilatation d'une cavité déjà existante, alors je ne connais pas d'affection pareille ».

Mais la constitution de la prostate nous montre que des kystes peuvent exister dans cet organe ; de même que le foie, la rate, le pancréas, la prostate est une glande en grappe.

Anatomie de la glande prostatique.

La prostate est située dans la cavité pelvienne, au dessous de la vessie, en avant et au dessus du rectum, au dessus du plancher périnéal, en arrière du pubis. Sa forme est celle d'un cône légèrement aplati dans le sens antéro-postérieur. Sa base regarde directement en haut; son sommet en bas et en avant. Chez l'enfant, la prostate est nettement bilobée. Chez l'adulte et le vieillard, elle est de dimensions variables; elle mesure en moyenne 4 centimètres au niveau de son diamètre transverse, 3 centimètres dans le sens vertical et 27 millimètres d'avant en arrière. Son poids est d'environ 20 grammes.

La face antérieure ou pubienne est la plus courte et elle est en rapport avec les fibres longitudinales antérieures de la vessie et un plexus veineux très riche : le plexus de Santorini. Elle est située à 12 ou 15 millimètres environ derrière les ligaments pubio-prostatiques qui fixent la glande dans sa position et sa direction. Il faudrait se garder de croire que la prostate est dans une immobilité absolue, ces ligaments lui permettent certains mouvements, peu étendus il est vrai.

La face postérieure ou rectale est plane; elle est unie à la paroi antérieure du rectum par une couche celluleuse assez lâche et un feuillet aponévrotique auquel on a donné le nom d'aponévrose prostatopérinéale. Une conséquence pratique et immédiate de ce rapport intime sera de faciliter au moyen du toucher rectal l'examen de la face postérieure de la glande : cet examen donnera des notions précieuses sur les variations de dimensions et de forme de la prostate, la face rectale étant à l'état normal divisée en deux lobes par un sillon médian et échancrée vers la base de la glande,

ce qui lui donne un aspect cordiforme. Les bords sont séparés des muscles releveurs de l'anūs par l'aponévrose latérale de la prostate ou pubio-prostatique. Elle est contenue dans une loge fibreuse par laquelle elle est isolée des organes avoisinants.

La base de la glande est taillée en oblique en bas et en avant aux dépens de la face supérieure, elle est en rapport avec le sommet des vésicules séminales et les canaux déférents, entourant le col de la vessie sur sa face postérieure.

Le sommet de la prostate est dirigé en avant, il fait suite à la portion membraneuse de l'urètre. Telle est la configuration extérieure de la glande; il nous faut parler maintenant du canal qui la traverse de la base au sommet et qui joue un rôle capital dans la production de la dysurie d'origine prostatique. Le canal n'est pas, comme on pourrait le supposer, parallèle à l'axe de la glande, il est plus près en haut de sa face antérieure et plus en bas de la face postérieure. En outre, il n'est pas rectiligne; en effet, chez les jeunes sujets, sa courbure à concavité antérieure est peu prononcée, elle suit le développement du lobe moyen sous l'influence de l'âge. Il est renflé dans sa partie moyenne : son diamètre, qui à l'état ordinaire est de 5 millimètres, acquiert 7 à 8 millimètres au moment de la miction; il peut être porté à 12 et 15 millimètres par le cathétérisme. Le canal prostatique est divisé en trois parties : une supérieure, formée par le sphincter de la vessie et le lobe moyen de la prostate; une antérieure, qui constitue la paroi antérieure du canal, constituée par le sphincter de la région prostatique de l'urètre et des glandes dans l'épaisseur des faisceaux musculaires; une partie postérieure, comprenant dans sa constitution anatomique des fibres musculaires lisses et des glandules plus larges que celles que l'on trouve dans la paroi antérieure. De cette façon, la prostate forme non pas une gouttière ouverte en avant dans laquelle serait placé le canal de l'urètre, mais bien un anneau complet doué de propriétés contractiles.

Si on pratique une coupe de la prostate qui divise la glande en deux parties, l'une antérieure l'autre postérieure, et qui permette d'étudier le canal que nous venons de décrire, on remarque sur la paroi antérieure et sur les bords du canal une quantité innombrable d'orifices microscopiques représentant l'embouchure des glandules correspondantes et sur la paroi postérieure, en procédant de haut en bas, des orifices glandulaires plus développés que ceux que nous venons de parler, deux gouttières latérales se dirigeant de haut en bas, d'arrière en avant, le *veru montanum*, petite crête de 12 millimètres de long, arrondie en arrière, mince en avant et sur le *veru montanum*, l'utricule prostatique à droite et à gauche duquel on voit l'embouchure des conduits éjaculateurs.

Structure. — Le tissu qui entre dans la constitution de la prostate est d'un gris blanchâtre et d'une consistance ferme ; il se rapproche du tissu fibreux, car, quand on l'incise, il crie sous le scalpel ; il est excessivement résistant. On y trouve des glandules, du tissu musculaire strié, du tissu musculaire lisse, des fibres élastiques, du tissu conjonctif, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des nerfs. Les glandules prostatiques sont très nombreuses ; elles se dirigent vers le canal prostatique ; elles peuvent être comparées entre elles ni pour la forme ni pour les dimensions ; les sacs glandulaires, au lieu d'être appendus par groupe à l'extrémité des canaux excréteurs, s'abouchent isolément sur les conduits par lesquels se fait l'excrétion. On a compté 45 à 50 orifices sur les parois de la portion prostatique, et peut-être en existe-t-il davantage. Le tissu musculaire entre pour les deux tiers environ dans la formation de la prostate ; on trouve des fibres striées décrivant une courbe à concavité postérieure dans les faces antérieure et latérales de la prostate ; la face postérieure est composée de fibres musculaires lisses à direction transversale : il y a en outre des faisceaux de fibres lisses irré-

gulièrement entrecroisées. Les fibres élastiques et le tissu conjonctif se retrouvent ici avec leurs caractères ordinaires.

Les artères viennent de l'hémorroïdale moyenne, des vésicales et, notamment, de la vésicale inférieure ; les veines se rendent dans les plexus veineux abondants que l'on retrouve tout autour de la glande. Les lymphatiques au nombre de quatre troncs principaux, deux latéraux et deux supérieurs, partent des parois de chaque glandule et se répandent vers la surface de la prostate.

Les éléments nerveux sont abondants ; chaque filet est composé de fibres de Remack ; ils suivent le trajet des artères et vont ensuite se perdre dans les faisceaux musculaires : ils proviennent du plexus hypogastrique. Ces nerfs donnent à la muqueuse prostatique une sensibilité très vive et spéciale ; ce sont ceux qui transmettent la sensation spéciale qui nous avertit du besoin d'uriner.

Nous avons dit plus haut que la prostate était formée d'une quarantaine de petites glandes qui convergent toutes vers la cavité urétrale où elles s'ouvrent isolément. Par leur forme, ces glandes paraissent se rattacher à la variété des glandes tubuleuses et acino-tubuleuses. Ces glandes sont formées par des culs-de-sac de taille très inégale et en quantité très variable, se trouvant à l'extrémité ou sur un ou plusieurs côtés du canal collecteur. Dans ces cavités glandulaires il existe à partir d'un certain âge des concrétions arrondies, brunes, de nature azotée, concrétions présentant des strates concentriques analogues à celles des grains d'amidon. D'abord de petite taille, ils peuvent migrer le long du canal de l'urètre, ou restent sur place lorsqu'ils sont volumineux, dilatent le cul-de-sac et peuvent être ainsi le point de départ d'un kyste par rétention.

Telles sont l'anatomie et la structure de la glande prostatique : rien n'empêche la formation de kystes dans cet organe ; sans doute ils sont plus rares que dans les autres glandes ou, du moins, on n'a pas eu l'occasion de les observer ; toutefois, ils existent, et les quelques rares

exemples que nous pourrons en donner le prouveront.

Qu'entend-on par kyste ? On désigne sous le nom de kyste des productions pathologiques sous forme de cavités closes provenant d'une déviation dans l'évolution de l'élément glandulaire ou devenu aberrant pendant la période fœtale du développement des glandes. Ces formations sont constituées par une membrane d'enveloppe de tissu conjonctif, tapissée sur sa surface interne par un revêtement épithélial, renfermant dans la poche ainsi circonscrite un contenu liquide, muqueux, colloïde ou sébacé.

Nous distinguerons dans la prostate trois variétés de kystes : 1° les kystes congénitaux; 2° les kystes hydatiques; 3° les kystes glandulaires.

Nous passerons sous silence les deux premières variétés pour ne nous occuper que des kystes glandulaires, en étudier les causes, les conditions de développement, la symptomatologie et, enfin, le traitement.

Étiologie.

C'est ordinairement chez les vieillards atteints de tuméfaction prostatique, d'adénomes de la prostate, que l'on trouve des néoformations de ce genre. Il est assez commun de rencontrer au cours de nécropsies, au sein de prostates hypertrophiées, de petites cavités disséminées dans la masse du tissu prostatique, quelquefois en nombre tel que tout un lobe peut être transformé en une véritable éponge d'où s'écoule un liquide tantôt fluide et blanchâtre, tantôt visqueux et jaunâtre. D'après le petit nombre d'observations qui sont inscrites dans la science médicale, on peut distinguer deux variétés de kystes glandulaires :

1^o Les kystes petits, ne dépassant pas le volume d'un grain de raisin, coïncidant la plupart du temps avec une prostate hypertrophiée et se développant dans les tissus du lobe médian, pouvant faire saillie soit dans le bas-fond de la cavité vésicale, soit dans l'urètre, sur les côtés du *veru montanum*;

2^o Les kystes volumineux uniloculaires ou multiloculaires sont plus rares ; ils proviennent soit par confluence de kystes petits, multiples, soit par augmentation progressive d'un seul kyste, pouvant ainsi acquérir un volume assez considérable et, de ce fait, occuper toute la prostate.

En général, le volume de ces kystes n'est jamais considérable ; le plus gros était celui que DESNOS a rencontré : il atteignait le volume d'une orange ; celui de HOME avait à peu près les mêmes dimensions.

Le siège en est très variable ; ils peuvent se développer sur les côtés de la glande, dans les canaux prostatiques, ou envahir un lobe ou la glande tout entière ; dans le cas de HOME, le kyste occupait la totalité du lobe moyen et faisait saillie vers la vessie et sur les côtés de la prostate ; ceux observés par DOLBEAU s'étaient formés à l'intérieur des canaux prostatiques. Dans une observation de LE DENTU, le kyste glandulaire siégeait au niveau du lobe moyen et faisait saillie du côté de la vessie.

Pathogénie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une cavité close, dit VELPEAU, le mécanisme de la formation d'un kyste est des plus simple : c'est sous l'influence de la pression que ces cavités s'établissent. Cette pression résulte de l'épanchement de quelques gouttelettes liquides dans les tissus préexistants. Une gouttelette de liquide s'épanche dans le parenchyme de la glande pour une cause ou pour une autre : elle crée une vacuole. Quelques gouttelettes s'ajoutent, refoulent les tissus : on a un kyste par refoulement, par tassement des tissus voisins. Dans le début de sa formation, ce kyste fera partie intégrante du tissu même de la glande ; il sera impossible de l'isoler. Mais, plus tard, la membrane limitante prendra naissance et cette cavité formée d'une façon mécanique, entièrement physique, deviendra un véritable kyste.

Il nous semble que la théorie de VELPEAU est fort simpliste et ne satisfairait tous les esprits. Pour qu'un kyste par rétention se produise, il faut qu'une anfractuosité en cul-de-sac, d'origine glandulaire, possédant une libre communication avec l'extérieur, voit disparaître cette communication par quelque circonstance anormale.

L'interruption de cette communication amène comme conséquences une dilatation des cavités glandulaires par suite de l'accumulation des produits secrétés et sans cesse renouvelés. Mais la rétention seule ne suffit pas et il n'est pas douteux qu'une modification importante dans l'évolution nutritive de l'épithélium et les éléments auxquels il donne naissance a précédé l'accumulation des produits de sécrétion.

A la suite des recherches expérimentales de CORNIL et RANVIER, il est prouvé d'une façon certaine que la simple

oblitération d'un canal excréteur d'une glande ne suffit pas pour en produire la dilatation. Bien au contraire, la ligature d'un conduit excréteur d'une glande en amène l'atrophie et même quelquefois la disparition.

Il existe une véritable prolifération mucoïde dans la zone périphérique de la cavité principale du kyste qui s'agrandit successivement par la coalescence de petites cavités secondaires périphériques. Il résulte de ces considérations que seul le processus de rétention ne suffit point et que, certainement, il est précédé et même amené par un travail de néoformation cellulaire qui se localise dans l'élément glandulaire, le revêtement épithélial conservant tous ses caractères morphologiques et physiologiques.

Anatomie pathologique.

Nous avons dit que ces dilatations kystiques peuvent être volumineuses et atteindre les dimensions d'une mandarine, mais le plus souvent elles sont plus petites et n'atteignent que le volume d'un pois ou d'une noisette. C'est sans doute un exemple de ce genre qu'a publié MORGANI; cet anatomiste a trouvé au cours d'une nécropsie une cavité occupant la partie antérieure de la prostate, dans laquelle aurait pu contenir un grain de raisin moyen.

La poche est entourée par le parenchyme glandulaire refoulé au dehors et fortement tassé, les parois de la cavité présentent des cloisons incomplètes.

L'étude de leur structure permet de reconnaître que la paroi est constituée par un tissu conjonctif, fibrillaire, contenant une quantité assez grande de cellules fusiformes. La face interne de la paroi est tapissée par un épithélium cylindrique, cubique ou polyédrique, disposé sur une seule couche. La paroi externe adhère intimement au tissu de la glande prostatique ou quelquefois est en contact avec la muqueuse de l'urètre, pouvant communiquer ainsi avec la cavité du canal par plusieurs orifices.

Quant au contenu du kyste il est, en général, formé par une sérosité fluide, latescente avec débris de cellules épithéliales, de granulations graisseuses, des leucocytes et des globules rouges, mais on ne trouve jamais de pus. Cependant, sous l'influence d'une inflammation des voies génito-urinaires, ces kystes peuvent suppurier et être le point de départ d'abcès à allure froide.

Dans le cas observé par M. le Professeur DUVERGEY, le contenu kystique avait la consistance du mastic et était de couleur jaune brunâtre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (HOME).

Le malade âgé de 66 ans était dans l'impossibilité de rendre ses urines. On ne pouvait pénétrer avec la sonde plus loin que la glande prostatique.

Examinée par le rectum cette glande ne paraissait pas engorgée.

A l'autopsie on trouva la prostate très engorgée, le lobe moyen formait une tumeur qui se portait en saillie vers la vessie. Il y avait là une vésicule de la grosseur environ d'une petite orange située sur les côtés de la glande prostate.

Elle était en communication avec la vessie par un petit orifice de la largeur environ d'une plume d'oie. Les enveloppes de cette vésicule avaient l'épaisseur de celle d'une vessie ordinaire et sa surface était couverte de lymphes coagulables.

OBSERVATION II (LE DENTU, 1879).

Sur un sujet entré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis pour une hématurie légère, qui urinait sans difficulté et avait rendu par l'urètre quelques graviers phosphatiques, je trouvai à l'autopsie les lésions suivantes :

.....

Les lésions les plus importantes se trouvent dans la prostate. Celle-ci très hypertrophiée en avant du canal se prolonge de près de 3 centimètres en arrière du veru montanum et forme un lobe moyen saillant dans la vessie. Presque toute la partie de l'organe est convertie en une vaste poche de la grosseur d'une mandarine

qui se termine en avant immédiatement derrière la portion membraneuse du canal, et en arrière au point où normalement les vésicules pénètrent entre les lobes.

Les conduits éjaculateurs sont indépendants de cette poche. Cette dernière communique avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices qui ne sont autres que ceux des canaux extérieurs des glandes disparues. Une compression soutenue fait sourdre par ces orifices un liquide sanguinolent qui n'offre pas les caractères objectifs et microscopiques du pus. Sa viscosité est cependant remarquable.

La poche est unilobaire et limitée par une paroi celluleuse mince et parfaitement unie.

En présence de cette dégénération particulière de la prostate, on ne peut songer ici à un abcès, ni à une ancienne caverne tuberculeuse, ni à une poche urinaire.

Tout indique au contraire que la pièce est un exemple incontestable de kyste de la prostate. La dégénération de la prostate a dû commencer par la dilatation kystique dans un grand nombre de glandules; les tissus intermédiaires et les parois mêmes des culs-de-sac ont dû disparaître graduellement par atrophie.

Ainsi s'explique le volume du kyste devenu uniloculaire, son développement régulier à droite et à gauche de la ligne médiane et sa communication avec la portion prostatique du canal par plusieurs orifices, situés de chaque côté du veru montanum principalement vers sa partie postérieure.

OBSERVATION III (DESNOS, 1888).

Pièce provenant d'un homme de 72 ans, mort à l'hospice de Bicêtre. On a peu de renseignements sur son histoire clinique : il a succombé à une pneumonie pour laquelle il était resté quelques jours dans le service de médecine; il urinait normalement en apparence et il n'avait jamais été sondé.

L'appareil urinaire étant enlevé et considéré dans son ensemble la vessie paraît d'un volume considérable; la prostate fait saillie du côté du rectum. A l'incision de la vessie on trouve 300 grammes

environ d'urine un peu louche sans dépôt purulent; les parois sont épaissies assez uniformément.

La région cervicale n'est pas symétrique, la lèvre postérieure présente un soulèvement beaucoup plus prononcé du côté droit; cette saillie se prolonge au niveau du bas-fond également soulevé. On constate par la palpation que cette tuméfaction est constituée par la prostate qui prise en masse a le volume d'une moyenne orange. La consistance n'est pas uniforme, à droite elle est mollassse et manifestement fluctuante, mais les parois de cette poche ne sont pas tendues. En exerçant une pression sur cette tumeur, on voit sourdre dans l'urètre prostatique un liquide légèrement brun, filant, visqueux, qui trouve issue par plusieurs orifices situés de chaque côté du veru montanum.

En incisant le lobe droit de la prostate en arrière on donne issue à une assez grande quantité de liquide analogue à celui qu'on voyait sourdre dans l'urètre. La poche ainsi ouverte présente le volume d'un petit œuf.

Le kyste occupe toute la partie postérieure de la glande, ses parois sont peu épaissies à droite; à gauche au contraire on trouve encore une assez grande abondance de tissu glandulaire.

L'examen microscopique a montré que les parois du kyste étaient formées par un tissu conjonctif fibrillaire assez riche en cellules fusiformes ne présentant pas de tractus fibreux denses et épais.

A la surface interne de la poche on trouvait un épithélium irrégulier, cylindroïde, cubique, disposé généralement sur une seule couche. Les cellules épithéliales reposaient sur une sorte de membrane anhiste analogue aux membranes basales.

De cet examen on peut conclure que la poche était bien une dilatation kystique et non une cavité d'abcès transformé.

Nulle part en effet il n'y avait de traces d'inflammation aiguë ou chronique.

Il est donc probable que ce kyste reconnaît pour origine une dilatation d'une glande prostatique soit au niveau d'un cul-de-sac, soit le trajet d'un conduit.

La grande cavité semble être le résultat de la fusion de plusieurs petits kystes primitifs. Sur la paroi même on trouve des vestiges de la multiplicité de ces kystes.

OBSERVATION IV (Docteur CABOT, 1907).

Dans le premier cas, pris pour un abcès de la prostate chez un vieillard et ponctionné comme tel. On trouva un liquide glaireux 60 cm³ environ.

Le malade étant mort 18 jours plus tard de pyélonéphrite, on trouva une prostate cancéreuse contenant un deuxième kyste formé de plusieurs cavités réunies contenant le même liquide avec des cellules épithéliales des leucocytes, mais pas de bactéries.

OBSERVATION V (Docteur CABOT, 1908).

Le deuxième cas avait donné lieu, chez un malade de 52 ans, à des troubles de prostatisme depuis plusieurs années allant même jusqu'à la rétention complète.

La cystoscopie montra à gauche une tumeur grosse comme une cerise paraissant translucide et obstruant le méat. A l'opération sus-pubienne, on trouva en effet un kyste dont on ne put recueillir le contenu et qui fut excisé.

Disparition complète des troubles de la miction.

OBSERVATION VI (LEGUEU et VERLIAC, 1909).

Il s'agit d'un malade de 44 ans, qui entra dans mon service le 21 Janvier 1909 à l'hôpital Tenon, pour troubles de la miction : il paraissait dans un état assez sérieux.

D'une bonne santé habituelle sans antécédents blennorrhagiques, sans syphilis, il avait été pris il y a un an de troubles de la miction. La nuit, il urinait plus souvent et il lui arrivait même souvent de trouver son lit mouillé. Le jour les besoins se montraient fréquents, il urinait très peu à la fois, il accusait une sensation de poids lourd dans le bas-ventre.

Jusqu'au mois de Septembre ces troubles ont été en s'aggravant. Lors de mon premier examen le 22 Janvier je trouvai le malade

dans un état très grave : langue sèche, il donne l'impression d'un grand infecté. Sa vessie, très distendue, dessine un globe vésical dont la convexité supérieure remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les mictions sont presque continues et les urines, mesurées depuis 24 heures que le malade est à l'hôpital atteignent 3 litres 500 : je procède à l'évacuation de la vessie suivant les règles qui commandent le cathétérisme.

L'explorateur à boule chemine dans tout l'urètre sans rencontrer d'obstacle, si ce n'est dans la partie la plus profonde du canal dans la traversée de la prostate où on rencontre un obstacle qui l'arrête un moment mais qui se laisse franchir sans difficultés et en laissant une impression de rétrécissement mou dans une région où cependant les sténoses ne s'observent jamais. Une sonde à béquille n° 18 passe facilement et évacue 500 grammes environ d'une urine trouble très fétide : je prescrivis deux sondages par jour et porte un diagnostic très sombre.

Le traitement fut appliqué régulièrement et chaque jour des lavages au nitrate d'argent essayèrent de désinfecter une vessie que le cathétérisme intermittent s'efforçait de vider. Les deux premiers jours le malade resta dans le coma, lorsque sous l'influence de toutes les médications mises en jeu il présenta un peu d'amélioration; la température descendit à 37°, sa langue devint presque humide, mais ses urines toujours très abondantes témoignaient d'une lésion certaine de ses reins.

Je procédai à un nouvel examen et je cherchais à définir la cause de cette rétention. L'urètre était libre, ne présentait pas de sténose. La prostate n'était pas grosse : au toucher rectal, elle montrait une surface à peine convexe avec deux lobes latéraux à peine délimités.

Par le cathétérisme, on constatait ce même obstacle qui une première fois m'avait arrêté dans la traversée prostatique : il siégeait tout aux confins du col de la vessie. Comme les sondages n'avaient amené chez ce malade que l'amélioration qu'ils peuvent donner je me décidai à tenter une opération malgré des conditions très défectueuses dans lesquelles il se trouvait.

Le 3 Février 1909, je procédai à la taille hypogastrique. Il n'existe aucune saillie de la prostate au niveau du bas-fond de la vessie, le col paraît ferme par un certain degré de contracture mais tout est souple et il n'y a pas de trace de rétrécissement; je

fends la lèvre inférieure du col sur une ligne médiane de telle façon que le doigt puisse pénétrer facilement dans la région prostatique.

Au bout de 3 jours le malade fut pris d'une dyspnée intense et succomba en quelques heures des suites d'un œdème aigu du poumon.

A l'autopsie, la prostate paraît manifestement hypertrophiée : l'augmentation de volume porte sur le diamètre antéro-postérieur. Cette partie antérieure est uniquement constituée par un kyste dont la paroi antérieure s'est rompue pendant l'ablation de la prostate et dont le contenu n'a pu être examiné.

La paroi antérieure de la cavité kystique relativement mince est superficielle : on peut voir à sa surface externe quelques fibres musculaires horizontales.

Les parois latérales très minces en avant augmentent progressivement de volume. La paroi supérieure est unie à la face antérieure de la vessie par un tissu fibreux assez dense.

L'urètre se dessine dans la cavité kystique sous forme d'une saillie cylindrique verticale. Le reste de la prostate ne présente rien d'anormal, la glande ne paraît pas plus grosse qu'une prostate normale ; mais sur des coupes horizontales on découvre un second petit kyste du volume d'un petit pois environ, situé en arrière de l'urètre au-dessus du point de jonction des prolongements postérieurs du grand kyste mais sans relation avec eux.

En résumé la prostate contient un volumineux kyste de la région pré-urétrale avec deux diverticules rétro-urétraux et un tout petit kyste rétro-urétral dans la partie inférieure de la prostate : le reste de la glande et les conduits qui la traversent sont normaux. L'examen microscopique du contenu des kystes n'a permis de reconnaître que des éléments cellulaires analogues à ceux qui tapissent la paroi du kyste sans aucun élément purulent.

La nature de la paroi est identique dans les différents points examinés, cette paroi est formée de trousseaux fibreux et élastiques concentriques à la cavité kystique et qu'on ne différencie du tissu voisin qu'en voyant apparaître des culs-de-sac glandulaires ou sur la paroi antérieure des fibres musculaires.

En dedans de cette paroi se trouve un chorion recouvert d'épithélium formé de plusieurs couches de cellules cubiques ou

pavimenteuses. Quant au chorion, trois ou quatre fois plus épais que l'épithélium, est formé d'un mince réseau de fibres conjonctives.

Le reste de la prostate n'offre rien de particulier, si ce n'est au voisinage immédiat du kyste, où il n'y a pas de traces de tissu glandulaire.

En résumé, il s'agit de kystes prostatiques développés dans les régions inférieure et antérieure d'une prostate qui ne présente aucune autre altération, kystes dont la paroi dermoïde est recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié.

OBSERVATION VII (Professeur agrégé ANDRÉ).

N..., âgé de 53 ans.

Mère morte à 84 ans de fluxion de poitrine.

Père mort à 54 ans à la suite d'ingestion d'une dose exagérée de laudanum.

Un des frères mort d'une affection de la moelle.

Fils mort tuberculeux à 17 ans.

Depuis deux mois, difficulté croissante d'uriner, surtout marquée dans les quinze derniers jours, à plusieurs reprises elle a pu aller jusqu'à la rétention. Le malade souffrait beaucoup et n'urinait qu'avec grands efforts. A ce moment il consulte son médecin qui constate une tumeur de la prostate et l'envoie à l'hôpital.

A l'examen, on constate ce qui suit :

Un explorateur à boule n° 21 parcourt facilement le canal ; il est un peu serré au niveau de la prostate mais passe cependant. On introduit facilement une sonde à bécuille n° 18 qui évacue une certaine quantité d'urine claire.

Au toucher, le lobe droit est très volumineux, environ de la grosseur d'un petit œuf faisant saillie dans le rectum. Cette saillie est arrondie, ovoïde, allant de la pointe à la base de la prostate et du côté droit seulement. Sa consistance est rénitente, ce qui donne l'impression qu'il s'agit là d'un kyste de la prostate.

Le 28 Décembre 1903. — Pour vérifier la chose, une ponction aspiratrice est pratiquée dans la tumeur, par le rectum, après qu'on eut bien exposé la prostate à l'aide d'une valve rectale. On retire en effet le contenu de la seringue soit 10 grammes d'un

liquide ambré ayant la couleur et la consistance du sérum sanguin. Après cette ponction, la poche paraît beaucoup moins tendue au toucher.

L'opération est décidée pour le lendemain.

Le 29 Décembre. — Le malade est opéré dans la position périnéale inversée. On fait une incision périnéale transverse un peu moins longue que pour la prostatectomie, on procède comme dans le premier temps de l'opération pour aborder la prostate. La poche kystique est un peu difficile à trouver à cause de son affaissement partiel à la suite de la ponction. On la trouve bien là où on l'avait reconnue au toucher, c'est-à-dire à la place du lobe de la prostate qu'elle semble remplacer et dont on ne trouve pas de partie solide.

La poche est largement ouverte, il s'en échappe encore environ 3 grammes de liquide. Le doigt s'y enfonce profondément ; elle est unique et sa paroi apparaît au doigt mollassse et tomenteuse. En la frottant fortement avec le bout d'une compresse, on ramène des débris plus ou moins décolorés, quelques uns sont noirâtres comme si le kyste avait une origine hématique.

La tumeur n'est pas enlevée.

Le kyste n'a aucune communication avec la vessie. On le bourre avec une mèche de gaze qui sort par le milieu de la plaie dont les angles sont rétrécis par quelques points de suture.

Le suites opératoires sont normales. Le soir, on est obligé de sonder le malade qui n'a pu uriner seul. Le lendemain, la miction se rétablit spontanément. On fait faire l'examen de la tumeur, examen qui conclut à du cancer de la prostate dans laquelle est inclus un kyste glandulaire.

L'examen du liquide kystique n'a pu être fait.

Le 13 Janvier, le malade quitte l'hôpital, amélioré ; il y a encore cependant quelques difficultés à la miction, mais il se plaint d'une névralgie sciatique.

Le 12 Avril. — Le malade est revenu.

Au toucher, on sent la prostate entière, indurée et bosselée ; il s'agit nettement d'un cancer.

Le kyste semble s'être reproduit en partie.

Actuellement le malade est arrivé à une cachexie profonde, très amaigri, ne mangeant plus.

Examen histologique. — Le fragment de la paroi du kyste qui a été soumis à l'examen histologique, après avoir subi les préparations habituelles, s'est montré constitué presque exclusivement par du tissu épithélial, du tissu conjonctif avec quelques cellules fusiformes.

Le stroma est réduit à de fines axes de tissu vasculo-conjonctif où les vaisseaux sont capillaires ramifiés dans divers sens.

Il s'agit nettement d'un adéno-épithéliome kystique de la prostate.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé DUVERGEY).

R..., âgé de 71 ans, habitant Dôle du Jura, présente depuis quelques années les troubles habituels caractérisant l'hypertrophie de la prostate : mictions lentes, jet d'urine sans force, pollakiurie nocturne. Le 2 Novembre 1918, à la suite d'un refroidissement, rétention d'urine aiguë pour laquelle le médecin traitant est appelé. L'évacuation de la vessie se fait difficilement à l'aide d'une sonde à béquille qui est laissée à demeure. Le 6 Novembre, la sonde tombe et le médecin se trouve dans l'impossibilité de la remettre en place. Je vois le patient le 6 Novembre 1918 et arrive à introduire une sonde à béquille n° 48 en l'armant d'un mandrin coudé. Mise en place de la sonde à demeure. Lavages vésicaux biquotidiens. Au toucher rectal : prostate volumineuse et régulière, aucune bosselure.

Je propose l'intervention chirurgicale. Le malade est examiné avec M. le Docteur JOLTRAIN, chef du III^e secteur médical. Cœur normal. Poumons sains. État général satisfaisant. Bon état des voies digestives. Langue humide légèrement saburrale.

L'examen de l'urine ne révèle ni sucre ni albumine. Azotémie : 0,35 centigrammes. Constante : 0,80. Tension artérielle à l'oscillomètre de Pachon, Mx : 49. Mn : 40.

Dans ces conditions, la vessie étant bien drainée par la sonde à demeure, l'opération en un temps est décidée.

Le 18 Novembre 1918. — Intervention sous rachianesthésie : 0,05 centigrammes de syncaïne.

L'opération marche normalement au début. En pratiquant l'énucléation des adénomes prostatiques sur les parties latérales et en arrière, j'ai l'impression que la tumeur éclate en partie. Je retire mon doigt intravésical et le ramène couvert d'une substance ressemblant à du mastic jaune brunâtre, ayant sa consistance, adhérent au doigt, donnant l'impression d'une substance huileuse ou graisseuse. Je me demande si le rectum n'a pas été ouvert par mégarde laissant échapper des matières. J'explore le rectum et ne trouve rien d'anormal du côté de sa face antérieure. D'ailleurs cette matière recouvrant le doigt n'a aucune odeur. L'énucléation des adénomes est donc achevée et ceux-ci sont extraits de la vessie. La vessie renferme la même substance de coloration et de consistance mastic qui est enlevée par un lavage chaud, prolongé et à l'aide de compresses. Les adénomes prostatiques présentent deux kystes crevés dans lesquels on aperçoit la même matière.

L'opération a été facile, rapide, l'énucléation des adénomes aisée. Suites opératoires normales.

Guérison complète le 15 Décembre 1918. Les fonctions vésicales sont complètement rétablies. L'état général s'améliore. En Mars 1921, les dernières nouvelles de mon opéré étaient remarquables.

Examen macroscopique de la pièce. — Les adénomes prostatiques étaient constitués par deux tumeurs latérales d'un poids total de 250 gr. L'urètre est fortement dévié par ces masses.

En haut, en arrière, celles-ci présentent deux kystes vidés du volume d'un gros marron à gauche, d'une cerise à droite. La cavité de ces deux kystes est un peu irrégulière avec quelques ébauches de cloison. A leur niveau se voit encore la substance gris brunâtre qui les remplissait et qui s'est déversée sur le doigt et dans l'intérieur de la vessie au moment de l'énucléation.

Examen anatomo-pathologique. — Adéno-fibro-myome typique avec nombreuses dilatations kystiques. La paroi d'un de ces kystes plus volumineux que les autres est formée par du tissu conjonctif fibrillaire avec cellules fusiformes. Tapissant ce tissu conjonctif, un épithélium cylindro-cubique est disposé sur une seule couche. Dans le stroma, quelques petits infiltrats inflammatoires. Pas de prolifération néoplasique maligne extra tubulaire.

Symptomatologie.

Tels sont les quelques exemples que nous connaissons des kystes glandulaires de la prostate ; leur histoire se résume à un petit nombre de notions peu précises ; il n'est point aisé, avec des données semblables, de faire une symptomatologie de la maladie et de poser des règles d'un diagnostic précis. Si les signes n'échappent pas entièrement au malade lui-même et au médecin, ces néoformations montrent vaguement leur existence par des symptômes de rétrécissement urétral. Il est tout à fait inutile d'insister sur les petits kystes qu'aucun symptôme appréciable ne fait révéler pendant la vie et qui ne sont guère connus que comme trouvaille d'autopsie ; ils ne donnent naissance à aucun signe qui permette de soupçonner leur existence. En effet, ils ne troublent point les fonctions de la glande, n'exercent aucune modification dans les fonctions des organes voisins ; en un mot, ils ne se révèlent par aucun signe clinique.

Quant aux kystes volumineux, il n'en est pas de même ; les rapports qui existent entre la prostate, l'urètre et la vessie d'une part, la dite glande et le rectum d'autre part ; ces rapports, disons-nous, font que cette glande ne peut subir de changements soit dans sa forme, soit dans son volume, sans que les parties voisines ne subissent une influence plus ou moins grande.

Dans la majorité des cas, les débuts sont insidieux et progressifs et les signes sont tellement peu caractéristiques qu'ils peuvent passer inaperçus. Généralement, le malade vient consulter le médecin pour des troubles de la miction. Il remarque qu'il est obligé de se lever souvent pour uriner, surtout dans la deuxième partie de la nuit ; dans la journée, il urine fréquemment ; chaque miction nécessite quelques

efforts, s'accompagnant quelquefois d'une sensation de brûlure au niveau du méat. De plus le jet de l'urine, jusque là normal, a perdu de sa force, l'émission est lente au départ et longue à se terminer, et les dernières gouttes d'urine tombent en bavant. En même temps, il ressent une sensation de pesanteur au niveau du périnée ; les selles deviennent plus rares et sont souvent douloureuses. Si le kyste siège au niveau de l'utricule prostatique, comme le mentionne l'observation de MICKHAILOW, les troubles se produisent du côté des voies spermatiques, dans les canaux éjaculateurs.

Tels sont les renseignements que nous donnera le malade, renseignements qui ressemblent fort aux symptômes de l'hypertrophie de la prostate.

Le toucher rectal révélera une prostate simplement augmentée de volume et de consistance normale. Le kyste n'ayant pas encore eu le temps de comprimer la lumière du canal, le cathétérisme se fera sans difficulté et ne donnera rien de particulier.

Mais lorsque l'affection est en pleine évolution, les symptômes sont différents : ils nous sont fournis par des troubles fonctionnels et par l'examen direct. Les mictions deviennent plus fréquentes et plus difficiles, le malade se lève plusieurs fois dans la nuit, la vessie se vide mal et il y a une rétention incomplète, l'urine n'étant jamais expulsée en totalité. La rétention incomplète s'exagère, la vessie se distend et n'est vidée en partie qu'au prix des plus grands efforts jusqu'à ce que la rétention devienne aiguë et complète.

A ce cortège de symptômes urinaires viennent s'ajouter les signes rectaux ; le plus dominant et le plus habituel est une constipation provoquée par la compression du kyste ; de plus, le malade peut éprouver du tenesme avec sensation d'un corps étranger dans le rectum après la défécation, ainsi que des douleurs s'irradiant aux membres inférieurs, au bassin dans la région sacrée.

Tous ces symptômes qui accompagnent les kystes glandulaires de la prostate peuvent s'appliquer à toutes les tumeurs de la glande ; aussi sont-ils presque sans valeur dans le cas qui nous occupe.

Certains renseignements, cependant, pourront nous être fournis par un examen plus approfondi de l'appareil urinaire : le cathétérisme et l'urétroscopie pour l'urètre, la cystoscopie pour la vessie, le toucher rectal pour la prostate ; c'est lui, surtout, qui nous permettra de poser un diagnostic. L'explorateur à boule nous montrera la partie prostatique de l'urètre serrée, passant à frottement surtout si le kyste s'est développé vers la lumière du canal, cette exploration donnant lieu quelquefois à une légère hémorragie due au traumatisme de la muqueuse qui est fragile. L'examen cystoscopique, en admettant que le cystoscope puisse passer, ne nous donnera des renseignements utiles qu'autant que le kyste proéminera dans le bas-fond de la vessie.

Si, par le toucher rectal, nous nous trouvons en présence d'une tumeur arrondie, lisse, régulière et surtout rénitente, nous pourrions affirmer qu'il s'agit d'une poche remplie de liquide. La fluctuation n'est pas toujours constante : le kyste peut être profondément situé du côté de l'urètre et, alors, elle est très difficilement perçue pour être reconnue, ou ses parois peuvent être trop épaisses, son contenu peut avoir acquis une consistance semi-molle, comme dans le cas observé par M. le Professeur DUVERGEY. Enfin, le meilleur moyen de diagnostic sera une légère ponction exploratrice, soit avec un trocart très fin, soit en faisant le vide dans une seringue de 15 à 20 centimètres cubes dont l'aiguille est introduite dans la tumeur par la voie rectale : on retire ainsi un liquide qu'on pourra soumettre à l'examen qui lèvera toutes les difficultés.

Diagnostic.

Avec quelle lésion pourrons-nous confondre les kystes glandulaires de la prostate ? Avec des tumeurs présentant une évolution lente, sans réaction inflammatoire, n'ayant aucune répercussion sur l'état général. Nous pourrons donc éliminer le cancer et la tuberculose prostatique.

Quoique la dysurie soit en général le symptôme du début dans le cancer, un seul phénomène pourra éclairer le diagnostic : à savoir l'issue par l'urètre de cellules néoplasiques reconnues au microscope ; l'hématurie initiale et souvent abondante et pouvant se produire en dehors de toute miction. Le palper abdominal fait percevoir une tumeur dure ou molle débordant la symphyse et se développant du côté de l'abdomen. L'existence simultanée de troubles de la miction et de douleurs vives le long du trajet des nerfs sciatiques, l'amaigrissement, l'altération de l'état général et la présence d'engorgements ganglionnaires inguinaux seront de bons éléments d'un diagnostic toujours délicat.

Dans la tuberculose prostatique, nous aurons une glande augmentée de volume, ferme, dure dans son ensemble, donnant l'impression d'une prostate injectée de suif. Du côté des vésicules séminales, la palpation fera découvrir une sensation de noyaux durs, de bosselures indolentes plus accentuées d'un côté que de l'autre. A un stade plus avancé de la maladie, on aura une suppuration abondante qui s'échappe de l'urètre, suppuration contenant des grumeaux caséux.

Quant aux abcès de la prostate, ils sont d'un diagnostic facile grâce à leur marche rapide et aiguë ; ces abcès relè-

veront le plus souvent d'une inoculation faite au cours d'un cathétérisme ou encore de la sonde à demeure.

Dans le chapitre des tumeurs à marche lente, il nous reste à voir les kystes congénitaux, les kystes hydatiques, les calculs, la prostatite et en dernier lieu l'hypertrophie de la prostate.

Les kystes dermoïdes présentent à peu près les mêmes signes que les kystes glandulaires, ce n'est que l'examen anatomo-pathologique qui fixera le diagnostic.

Bien différents sont les symptômes qui révèlent le kyste hydatique : à l'examen, on trouve à l'hypogastre une tumeur lisse enclavée dans le bassin, ayant un gros volume, simulant une vessie en rétention, tumeur ne disparaissant pas à la suite d'un cathétérisme ; le toucher rectal montrera au niveau de la prostate une tumeur franchement fluctuante pouvant occuper par compression une grosse partie de l'ampoule rectale ; il ne faut guère compter sur le frémissement hydatique qui dans bien des cas n'a pas donné ce qu'on attend de lui.

Quant aux signes objectifs : nous aurons des troubles de compression qui seront à leur maximum non seulement du côté de l'urètre mais également du côté de la vessie et du rectum. De plus, la réaction de fixation de Weimberg-Parvu permettra de dire d'une façon très positive si la tumeur est ou non un kyste hydatique.

Les calculs de la prostate sont facilement reconnaissables, le toucher rectal montre une induration spéciale et quelquefois de la crépitation lorsque les calculs sont multiples. L'induration à elle seule est suffisante pour faire poser le diagnostic, elle est ferme, régulière et aucune affection ne donne une pareille régularité. L'explorateur à boule donne un arrêt complet ou bien il passe vers la vessie en présentant un frottement calculeux.

Restent la prostatite et l'hypertrophie de la prostate.

Dans la prostatite, pas de réaction générale, les symptômes sont assez vagues : pesanteur et sensibilité périnéales,

fréquence un peu plus grande de la miction qu'à l'état normal; l'éjaculation est quelquefois douloureuse accompagnée d'un sperme sanguinolent : tels sont les troubles assignés à la prostatite chronique.

Le toucher rectal fait reconnaître une bien légère augmentation du volume de la glande et surtout une exagération de la sensibilité étendue à tout l'organe ou limitée à un de ses points. De plus, l'écoulement uréthro-prostatique pourra mettre sur la voie.

L'hypertrophie de la prostate peut avoir une marche lente et même passer inaperçue. Comme le kyste, elle peut exister pendant des années sans provoquer aucune manifestation.

La douleur est peu accusée au début et ne se révèle que dans les cas avancés de la maladie. On rencontre tous les jours des sujets qui ont une prostate hypertrophiée et qui ne sont en rien incommodés, si ce n'est que par des difficultés d'uriner. Ainsi donc, on trouve la même lenteur de marche dans l'évolution, une symptomatologie ressemblant à celle des kystes; mais ici le toucher rectal sera d'un précieux concours. Dans ce cas, on ne trouvera pas une tumeur donnant la sensation caractéristique d'une poche remplie de liquide, mais bien une augmentation de volume de la glande portant sur l'un des lobes ou sur les deux, tumeur bombée, dure.

Pronostic.

Le pronostic est moins réservé que celui des autres affections de la prostate. Attendu que leur état est stationnaire, ne présentant aucune tendance à faire irruption au dehors, les kystes ne sont pas susceptibles de provoquer des pertes de substance ; leur influence sur l'état général est presque nulle. Mais, à la suite d'un refroidissement, d'une grippe, d'une maladie infectieuse quelconque, tout comme les kystes ordinaires, les kystes glandulaires peuvent suppurer, être le point de départ d'une inflammation de la région et, alors, on se trouve en présence des accidents locaux et généraux que produisent les abcès.

Traitement.

Dans la liste nombreuse des médicaments internes employés pour la guérison des tumeurs prostatiques et, en particulier, des kystes de la prostate, nous voyons LAENNEC employer l'eau salée, le calomel à haute dose, l'iodure de potassium, des bains de siège, des pommades, des suppositoires, etc... Toute cette thérapeutique semble être d'une efficacité plus que douteuse : on pourra tout de même user des bains de siège, des applications émollientes sur la région périnéale, des lavements, des suppositoires pour calmer les douleurs rectales.

Mais tous ces remèdes, administrés comme palliatifs et sans espoir de guérison, ne peuvent remplacer avantageusement l'intervention chirurgicale.

Comme moyens chirurgicaux anciens, nous pourrions citer le broiement de la tumeur, la compression de PRAVAZ, de LEROY-D'ETIOLLES, à l'aide d'instruments imaginés par chacun de ces chirurgiens ; procédé barbare, car l'instrument en métal laissé à demeure donnait lieu à de violentes inflammations.

Le séton a pu donner de meilleurs résultats ; il consistait à traverser le kyste de part en part avec deux fortes aiguilles qu'on laissait à demeure pendant tout le temps que durait l'écoulement du contenu du kyste ; la poche se vidait lentement, les parois du kyste se rapprochaient et contractaient entre elles des adhérences ; le tout s'effectuait sans réaction inflammatoire.● Citons encore, pour mémoire, le procédé employé par des médecins anglais qui avaient construit un appareil composé par deux aiguilles dorées que l'on plongeait dans le kyste à une très petite distance l'une de l'autre et mises en communication avec le pôle négatif d'une batterie de piles Daniell. Le pôle positif était terminé par une éponge humide mise en contact avec la partie de l'intestin correspondant à la prostate. On faisait passer le courant pendant dix à vingt minutes. Dans les cas où il a été employé, ce procédé aurait donné de beaux résultats.

Toutes ces méthodes sont tombées en désuétude et, de nos jours, on a proposé d'ouvrir les kystes tout comme les abcès, par la voie urétrale, par le rectum ou par le périnée.

L'ouverture chirurgicale par la voie urétrale n'est plus employée ; certains auteurs même conseillent de faire crever le kyste par des massages énergiques de la prostate ; faut-il encore que le contenu du kyste soit suffisamment liquide pour qu'il puisse s'écouler tout le long du canal urétral ; de plus, l'ouverture ainsi pratiquée serait souvent insuffisante.

Lorsque le kyste fait franchement saillie dans le rectum, l'ouverture peut être faite à travers la muqueuse rectale, mais cette opération si simple en pratique semble devoir être abandonnée parce qu'elle expose à l'infection de la

plaie ainsi faite, aux fistules recto-urétrales et à la guérison incomplète.

La meilleure voie semblerait être la voie périnéale ; le kyste étant ouvert, on introduit le doigt dans la cavité, de façon à détruire toutes les cloisons qui peuvent exister. En somme, il faut bien vider le kyste par une ouverture aussi large que possible, cautériser la poche et la drainer. La cicatrisation s'effectue régulièrement ; elle est complète en cinq à six semaines.

Ces méthodes, quoique chirurgicales, ne sont encore que des traitements palliatifs ; en effet, une fois la plaie cicatrisée, après une des interventions décrites, le kyste peut se reformer et reproduire à nouveau toute la symptomatologie de la maladie.

Comme dans la majorité des cas observés, les kystes accompagnaient une hypertrophie de la prostate : un adénome prostatique ; le traitement radical s'impose, aussi aurons-nous recours à la prostatectomie, à l'opération de Freyer.

L'histoire des kystes glandulaires de la prostate se réduit à un petit nombre de notions peu précises ; nous n'avons pas voulu combler une lacune, les éléments même manquent pour traiter à fond une pareille question. Trop heureux si les quelques recherches que nous avons faites peuvent être un jour utiles à l'édification d'un travail plus complet que le nôtre.

CONCLUSIONS

En résumant notre travail en quelques mots, nous pourrions dire :

- 1° Que des kystes glandulaires existent dans la prostate, leur peu de développement fait que la plupart du temps ils passent inaperçus et le plus souvent ne sont que des trouvailles d'opération ou d'autopsie ;
- 2° Cependant ils pourront être reconnus à la lenteur de la maladie, à son peu de retentissement sur l'état général, à la présence d'une tumeur révélant de la fluctuation, tumeur pouvant être diagnostiquée soit par la cystoscopie, soit par l'urétroscopie, soit enfin par le toucher rectal ; le volume de la tumeur entraînant des désordres urinaires ;
- 3° Une ponction exploratrice avec un trocart fin dépourvue de nocuité pourra lever les doutes ;
- 4° Le traitement comportera deux conditions :
 - a) Assurer d'abord le cours de l'urine ;
 - b) Puis enlever le kyste qui accompagne l'adénome prostatique par la prostatectomie de Freyer.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

M. DENUCÉ.

VU :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 22 Juin 1922.

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- MORGANI. — De sedibus et causis morborum. (Epist. 44).
- CAZENAVE. — Tumeurs chroniques de la prostate. (*Gazette Médicale de Paris*, 1840).
- VIARD. — Cavernes de la prostate. (*Bulletin de la Société Anatomique*, 1847).
- CIVIALE. — Traité pratique sur les maladies des voies urinaires, 1850.
- VIDAL DE CASSIS. — Maladies de la prostate. (*Union Médicale*, 1850).
- LEROY D'ETIOLLES. — Maladies de la prostate. (*Gazette Médicale*, 1853).
- DOLBEAU. — Leçons de clinique chirurgicale, 1867.
- VELPEAU. — Prostate. Leçons orales.
- THOMPSON. — Traité pratique des maladies des voies urinaires. Faits relatifs à la pathologie de la prostate, 1874.
- LE DENTU. — Traité des maladies des voies urinaires.
— *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1879.
- DESNOS. — Kystes de la prostate, 1888.
- POUSSON. — Maladies de la prostate, 1891.
- ABBE. — Cyst of the prostate producing urinary obstruction. (*Annals of Surgery*, 1900).
- SOCIN ET BURKHARDT. — Deutsche Chirurgie, 1902 (t. LIII).
- KORNFELD. — Zur klinik der prostater krankungen. (*Wien. Med. Woch.*, 1902).
- MICKHAÏLOW. — Kyste de la vésicule prostatique. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1908).
- REYNARD. — Sur les cas d'hypertrophie isolée du lobe médian. (*Presse Médicale*, 1911).
- LEGUEU ET VERLIAC. — Kystes de la prostate. (*Presse Médicale*, 1910).

- BOYÉ. — Un cas d'adéno-épithéliome kystique de la prostate. (Thèse de Nancy, 1907).
- CASTANO. — Kyste hématique de la prostate. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1916).
- LEGUEU. — Traité Chirurgical d'Urologie, 1921.
- MARION. — Traité d'Urologie, 1921.
- DUVERGEY. — *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 13 Novembre 1921.

